



Commission de réforme du droit  
du Canada

Law Reform Commission  
of Canada

# RAPPORT

**euthanasie,  
aide au suicide  
et interruption  
de traitement**

# 20

---

Canada



Digitized by the Internet Archive  
in 2012 with funding from  
University of Ottawa





20<sup>e</sup> RAPPORT

EUTHANASIE,  
AIDE AU SUICIDE  
ET INTERRUPTION  
DE TRAITEMENT

Disponible gratuitement par la poste:

Commission de réforme  
du droit du Canada  
130, rue Albert, 7<sup>e</sup> étage  
Ottawa, Canada  
K1A 0L6

ou

Bureau 310  
Place du Canada  
Montréal (Québec)  
H3B 2N2

N° de catalogue J31-40/1983  
ISBN 0-662-52653-8

RAPPORT

SUR

L'EUTHANASIE,  
L'AIDE AU SUICIDE  
ET L'INTERRUPTION  
DE TRAITEMENT





Juillet 1983

L'honorable Mark MacGuigan, c.p., député  
Ministre de la Justice  
et Procureur général du Canada  
Ottawa, Canada

Monsieur le Ministre,

Conformément aux dispositions de l'article 16 de la *Loi sur la Commission de réforme du droit*, nous avons l'honneur de vous soumettre le rapport et les recommandations qui sont le fruit des recherches effectuées par la Commission sur l'euthanasie, l'aide au suicide et l'interruption de traitement.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre très haute considération.

A cursive signature in black ink, reading "F.C. Muldoon".

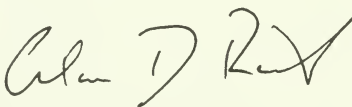
Francis C. Muldoon, c.r.  
*président*

A cursive signature in black ink, reading "Réjean F. Paul".

Réjean F. Paul, c.r.  
*vice-président*

A cursive signature in black ink, reading "Louise Lemelin".

Louise Lemelin, c.r.  
*commissaire*

A cursive signature in black ink, reading "Alan D. Reid".

Alan D. Reid  
*commissaire*

A cursive signature in black ink, reading "Joseph Maingot".

Joseph Maingot, c.r.  
*commissaire*



# La Commission

Francis C. Muldoon, c.r., président  
Réjean F. Paul, c.r., vice-président  
Louise Lemelin, c.r., commissaire  
Alan D. Reid, commissaire  
Joseph Maingot, c.r., commissaire

## Secrétaire

Jean Côté, B.A., B.Ph, LL.B.

Coordonnateur de la section de recherche  
sur la protection de la vie

Edward W. Keyserlingk, B.A., B.Th., L.Th., S.S.L., LL.M.

## Conseiller de recherche

Jean-Louis Baudouin, c.r., B.A., B.C.L., D.J., D.E.S.



# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| AVANT-PROPOS .....  | 1  |
| INTRODUCTION .....  | 3  |
| PARTIE UN: L'opportunité de la réforme .....                                | 7  |
| PARTIE DEUX: La réforme proposée .....                                      | 15 |
| I. L'euthanasie .....   | 17 |
| A. L'aspect volontaire .....  | 17 |
| B. Le meurtre par compassion .....  | 18 |
| II. L'aide au suicide .....   | 20 |
| III. L'interruption de traitement<br>et la renonciation au traitement ..... | 22 |
| PARTIE TROIS: Sommaire des recommandations<br>et notes explicatives .....   | 31 |
| I. L'euthanasie .....   | 33 |
| II. L'aide au suicide .....   | 33 |
| III. L'interruption de traitement<br>et la renonciation au traitement ..... | 34 |



# Avant-Propos

La Commission de réforme du droit a publié son document de travail n° 28, intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, à l'automne de l'année 1982.

Depuis cette date, elle a procédé à une consultation intensive auprès du public, des juristes et des milieux des sciences de la santé. Elle a participé à de nombreux séminaires, conférences et colloques sur la question, au cours desquels elle a eu l'occasion de discuter des positions prises par elle dans ce document et de confronter ses idées à celles des autres.

Enfin, elle a reçu du Canada et de l'étranger un grand nombre de commentaires, de suggestions et de critiques qui lui ont permis de réévaluer certaines des positions qu'elle avait prises alors. Il convient d'ailleurs d'exprimer ici publiquement les sincères remerciements de la Commission à toutes les personnes et à tous les organismes qui ont répondu si généreusement à cet appel de consultation. Le présent rapport montre bien d'ailleurs l'importance qu'a accordée la Commission aux commentaires et aux suggestions qui lui ont été faits à cette occasion.





# Introduction

Il convient, avant d'entrer dans l'examen même des problèmes complexes reliés à l'euthanasie, à l'aide au suicide et à l'interruption de traitement, de faire deux brèves remarques introductives.

La première est que les recommandations législatives que contient ce rapport au Parlement s'inscrivent nettement et uniquement dans le cadre du droit criminel. L'objectif premier que s'était fixé la Commission et dont le présent texte est l'aboutissement, était de procéder à un examen critique des textes actuels du *Code criminel*, de façon à déterminer s'ils étaient adaptés ou non aux problèmes modernes résultant de l'évolution de la médecine et des découvertes technologiques récentes. La réforme que propose la Commission est donc limitée. Elle ne touche en effet que certaines règles du droit criminel sans nécessairement affecter les autres règles de compétence fédérale ou provinciale. La réforme n'empêche donc aucunement un gouvernement provincial, agissant dans la sphère de ses attributions législatives, de réglementer, comme il l'entend, certaines autres données du problème. Ainsi, lorsque la Commission exprimait l'avis, dans le document de travail n° 28, que l'incapable devrait bénéficier d'une protection accrue dans la prise de décisions concernant son propre corps, sa vie et sa mort, elle ne faisait que référer aux diverses législations provinciales qui touchent les règles de la capacité juridique. De même, en suggérant que le médecin devait, en fin de compte, avoir l'ultime responsabilité de prendre la décision d'interrompre un traitement devenu médicalement inutile, la Commission n'entendait aucunement exclure que cette décision puisse être prise en consultation avec les proches, la famille ou les amis du patient.

La tâche de la Commission est en effet de formuler des recommandations sur l'ensemble du droit fédéral et particulièrement en droit criminel. Pour ce qui est de ce dernier, la

Commission entend tout simplement fixer d'une façon aussi claire que possible la frontière de ce qui lui paraît être humainement et socialement acceptable. Elle entend proposer un standard de conduite minimal qui ne peut être transgressé sans, du même coup, être sujet à une sanction ayant pour but de rappeler l'existence des valeurs fondamentales reconnues par la loi. Il n'est dans l'optique de cette réforme, ni de chercher, par exemple, à réglementer la procédure de la prise de décision en matière de cessation de traitement, ni d'empêcher les individus ou les institutions de mettre sur pied des mécanismes permettant d'assurer non pas un respect minimal des règles, mais au contraire un développement optimal des valeurs incarnées.

Pour reprendre l'exemple cité plus haut, la Commission, en recommandant qu'un médecin ne puisse être considéré comme commettant un acte criminel parce qu'il interrompt un traitement jugé médicalement inutile, fixe une norme minimale de responsabilité pénale. Cette règle ne doit pas empêcher tel ou tel hôpital d'établir un comité consultatif sur la question ou d'exiger dans ses règles d'éthique ou de régie interne que le médecin consulte en plus la famille du patient de façon formelle, ou obtienne l'avis d'un autre médecin. La Commission a d'ailleurs pu constater que la pratique hospitalière, de même que les règles établies par les différents codes d'éthique vont dans ce sens.

La seconde remarque importante qu'il convient de faire dans cette introduction tient plus de la mise en garde. Le droit pénal établit des standards de conduite pour l'ensemble des citoyens. C'est un instrument relativement grossier en tant que guide de conduite, parce qu'il ne tient pas toujours compte des caractéristiques individuelles. Le fait que la Commission propose certains amendements au *Code criminel* actuel ne veut pas dire qu'une fois ces réformes adoptées, le médecin, l'infirmier ou l'infirmière, l'hôpital, le juriste, ou le simple citoyen y trouvera un guide spécifique lui permettant de régler sans difficultés chaque cas particulier. En matière de vie et de mort, de consentement aux actes posés sur le corps humain, de décisions d'interrompre un traitement, chaque cas demeure un cas d'espèce qui défie toute généralisation, sauf au niveau des principes. Telle solution appliquée à tel cas ne peut pas nécessairement être considérée comme valable dans telle autre instance. C'est donc s'illusionner que de croire que le droit pénal peut, par une simple réforme législative, offrir une sorte de mode d'emploi en matière de prises

de décisions médicales. La décision de traiter ou de ne pas traiter devra continuer d'être prise par le médecin en fonction des circonstances particulières à l'espèce. La loi pénale ne lui dira pas plus que maintenant comment il doit parvenir à sa décision, ni ne lui énumérera pas de façon exhaustive tous et chacun des facteurs dont il devra tenir compte. Elle lui fixera uniquement une règle de conduite générale qu'elle juge acceptable et lui indiquera quel type de conduite est permis et quel type est interdit. Il importe donc de ne rechercher dans le présent rapport ni une sorte de guide de la prise de décision, ni une énumération des critères qui doivent présider à cette prise de décision, ni enfin une réponse facile à tous et chacun des problèmes individuels. Par contre, la Commission est convaincue que les recommandations qu'elle propose dissiperont certains malentendus, clarifieront de beaucoup la valeur à attacher à certains principes de base et permettront, dans un contexte déjà difficile, d'aider ceux qui doivent prendre ce type de décision sur une base journalière. Ces recommandations ont aussi l'effet important de déterminer de façon plus claire quels sont en pratique les droits du patient et ainsi de lui permettre de mieux connaître ce qu'il est en droit d'attendre et d'exiger de la profession médicale.



PARTIE UN:

L'OPPORTUNITÉ DE LA RÉFORME



Celui qui propose un changement a le devoir, dit-on, de démontrer que ce changement est souhaitable et constitue une amélioration par rapport à la situation antérieure. Les consultations qui se sont déroulées entre la publication du document de travail n° 28 et la rédaction de ce rapport ont amplement démontré que la réforme, ou à tout le moins des éclaircissements en matière d'euthanasie, d'aide au suicide et d'interruption de traitement, était souhaitée à la fois par les juristes, par le public et par les diverses personnes œuvrant dans le secteur médical.

Sans nécessairement reprendre l'analyse faite dans le document de travail, les avocats, les professeurs d'université et les chercheurs qui ont été consultés sont tous d'accord pour affirmer que les textes actuels du *Code criminel* comportent des ambiguïtés et des imprécisions qui doivent être dissipées. Le barreau de l'une des provinces a d'ailleurs fait une recommandation formelle à cet égard.

Certains textes, comme les articles 14, 45, 198, 199 ou 229 du *Code criminel*, ont été pensés, conçus et rédigés à une époque où les problèmes concrets qu'ils visaient à résoudre se posaient probablement dans une perspective et un contexte très différents. La médecine n'avait sûrement pas à sa disposition l'appareil technologique actuel. La notion même de soins palliatifs scientifiquement organisés était encore sinon inconnue, du moins dans l'enfance de l'art. Enfin, la pratique même de la médecine et de la gestion hospitalière était très différente de ce qu'elle est maintenant.

Ces textes, rédigés en termes généraux, étaient cependant aptes à faire face aux problèmes de l'époque pour laquelle ils ont été conçus. Par contre, il n'ont pas été complétés, comme ils auraient probablement dû l'être, par des dispositions permettant de mieux les adapter aux réalités nouvelles. La Commission estime donc que ces textes ont besoin d'être réévalués à la lumière des données modernes, et réadaptés si nécessaire. Les consultations auxquelles la Commission a procédé l'ont confirmée dans cette idée. Comme l'a si bien fait observer l'un des juristes qui a évalué le document n° 28, le législateur actuel a le devoir d'indiquer de façon plus précise aux juges et aux tribunaux les lignes directrices de la politique juridique en la matière et ne doit pas simplement



leur laisser le soin de tenter de deviner celle-ci à travers des textes datant d'une autre époque.

De plus, les textes actuels autour desquels les suggestions de réforme s'articulent n'ont jamais véritablement fait l'objet d'une interprétation jurisprudentielle claire et concertée dans le cadre des questions touchant la vie et la mort. Il est certes possible de discuter longuement sur le plan théorique de l'interprétation que la jurisprudence pourrait donner ou ne pas donner à tel ou tel article du *Code*, ou à tel ou tel mot. L'exercice est intéressant et stimulant. Toutefois, en droit et peut-être plus particulièrement en droit criminel, toute règle doit, sur le plan pratique, comporter un certain élément de prévisibilité, surtout lorsqu'elle vise des comportements touchant des problèmes aussi importants que la vie ou la mort d'un individu. La clarification de la législation a donc été jugée opportune par la très grande majorité des personnes que la Commission a consultées. Bien plus, plusieurs des personnes qui ont contesté la nécessité d'une modification des textes actuels, ont été obligées d'admettre qu'elles ne pouvaient, avec une certitude raisonnable, prédire l'interprétation que la jurisprudence pourrait donner à certains textes face à une situation impliquant une décision d'interruption de traitement dans le contexte de la médecine moderne.

Ce sentiment de nécessité et même d'urgence de la réforme est partagé par les milieux médicaux, hospitaliers et par ceux qui œuvrent dans le domaine de la santé.

Ces personnes, peut-être parce que moins habituées que les juristes à lire les textes de lois et à les interpréter, nous ont toutes fait remarquer combien les dispositions actuelles du *Code criminel* leur paraissaient ambiguës, imprécises et floues. Elles nous ont également redit que plusieurs textes actuels, notamment les articles 45 et 199, jetaient un doute sérieux sur certaines pratiques médicales ou hospitalières actuelles en matière de traitement. La Commission a pu constater que ces doutes sont réels, sérieux et ont parfois un effet négatif non négligeable sur la pratique médicale. Ils amènent, en effet, certains médecins à une pratique extrêmement conservatrice, non par choix, mais par nécessité. L'alternative actuelle, nous a dit l'un de nos correspondants en parlant de l'article 199, est soit d'espérer que la loi ne dit pas vraiment ce qu'elle semble dire et donc de pratiquer la médecine comme elle devrait l'être, c'est-à-dire dans l'intérêt de l'individu,



soit de croire que la loi dit bien ce qu'elle semble dire et alors de pratiquer une médecine de type défensif qui n'est pas toujours dans le meilleur intérêt du patient.

Même si l'on supposait, pour fins de discussion, ces problèmes inexistants sur le plan pratique en raison de l'absence presque totale de poursuites judiciaires, il reste que l'imprécision actuelle des textes crée un climat de doute et de tension qui n'est pas nécessaire et qui peut, pour le plus grand bien de tous, être dissipé au moins en partie.

Enfin, on nous a fait remarquer que le droit, sur des questions aussi importantes, ne doit pas parler par énigmes mais, au contraire, fixer de façon claire, précise et dans un vocabulaire accessible à tous, les paramètres exacts des conduites licites. La Commission est sensible à cet argument.

La Commission estime donc que la réforme proposée est utile, opportune et correspond à un véritable besoin. Il ne s'agit pas ici toutefois, comme on a pu le constater, d'un bouleversement complet des règles de droit traditionnelles, mais beaucoup plus d'un réaménagement de celles-ci et d'un complément nécessaire à leur apporter. La réforme proposée ne mettra sûrement pas fin à toutes les possibilités de conflits. Il serait illusoire de le penser. La Commission pense cependant que la réforme aura atteint son objectif principal si ces textes permettent à tous les canadiens de mieux comprendre les limites de la conduite qu'ils peuvent avoir, et aux tribunaux d'être mieux éclairés sur les grands principes à la base de la nouvelle politique législative ainsi exprimée.

Ces grands principes ont été longuement discutés dans le document de travail n° 28, de même que dans d'autres documents publiés par la Commission de réforme du droit dans la série sur la protection de la vie. Il convient simplement de rappeler brièvement ces principes. Le premier est la présomption qui, dans le cadre du traitement médical, doit être reconnue en faveur de la vie. Notre droit considère la vie humaine comme une valeur fondamentale. La réforme doit donc être centrée sur cette valeur. Le système de règles proposé ne doit donc jamais partir du principe que le patient ne désire pas continuer à vivre, mais au contraire que, toutes choses étant égales, il préfère la vie à la mort, même s'il est dans l'incapacité d'exprimer cette préférence. Sur le plan concret, ce principe peut donc se traduire par la règle que

lorsqu'un traitement est raisonnable et utile pour préserver la santé ou la vie d'un être humain, on doit présumer que la volonté de celui-ci, s'il avait pu la manifester, eût été de le recevoir et non de le refuser. Un médecin doit donc traiter un patient admis en état d'inconscience à l'hôpital. Ce principe ne consacre pas cependant l'acharnement thérapeutique car, d'une part cette présomption n'est pas absolue et, d'autre part, elle ne s'applique que si le traitement est raisonnable et utile. Ce premier principe place donc le fardeau de la preuve sur les épaules de celui qui pose un geste ne favorisant pas le maintien de la vie humaine.

Le second grand principe est celui de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne. La Commission, qui a eu maintes fois l'occasion d'endosser ce principe, continue d'être d'avis qu'il doit être respecté par le droit moderne. L'être humain, dans les limites de l'ordre public, des bonnes mœurs et du droit d'autrui, doit rester maître de sa destinée. Il doit donc avoir le droit, par son consentement libre et éclairé, de prendre les décisions qui le concernent. Corrélativement, nul ne doit avoir le droit de lui imposer ces décisions contre son gré. La loi doit sanctionner les atteintes au droit à l'autonomie et à l'autodétermination et reconnaître clairement à travers ses règles l'existence de ce droit.

Il est intéressant de constater que dans toutes nos consultations, seule une personne s'est dite en faveur du traitement forcé du patient capable qui refuse un traitement utile.

En troisième lieu, la réforme doit admettre que la vie humaine n'a pas *seulement* un aspect et un contenu quantitatif, mais aussi un aspect et un contenu qualitatif. Dans la prise de décision concernant l'opportunité d'appliquer ou non un traitement médical, le libre choix des patients, lorsqu'il s'exerce dans le sens d'un refus de traitement, se fait souvent au nom d'une certaine qualité de vie. Ce choix, de l'avis de la Commission, doit aussi être respecté. La Commission croit que dans le contexte actuel, la règle de droit doit reconnaître le choix libre et éclairé d'un patient de ne pas se soumettre à un traitement, parce qu'il estime que ce dernier le priverait d'une qualité de vie adéquate pour le temps qui lui reste à vivre. Comme il s'agit d'une décision fondée sur un jugement de valeur, il y a place pour la controverse lorsque le problème se pose à propos d'une personne qui est incapable d'exprimer ses volontés, par suite d'un défaut d'âge,

d'inconscience, ou d'un handicap mental. Comme le soulignait la Commission dans le document de travail, la loi doit prévoir des mesures spéciales de protection pour l'incapable. D'ailleurs, toutes les provinces, à l'heure actuelle, ont effectivement des dispositions précises pour l'exercice de ce que les juristes appellent le consentement délégué. Il n'appartient pas à la Commission de rentrer dans l'examen de ces divers textes ou de substituer son jugement à celui des législateurs provinciaux. Sur le plan du droit criminel, la Commission ne peut tout simplement que poser une règle ou un standard général de conduite. L'incapable, dans chaque province du Canada, a plusieurs façons de faire valoir ses droits lorsqu'il existe une menace qu'ils ne soient pas bien respectés. De plus, la définition même de ce que constitue une incapacité légale est susceptible de varier d'une province à une autre.

La Commission veut éviter, surtout en matière de traitement, que l'impossibilité d'exprimer un consentement direct pour le malade ne devienne l'équivalent d'une obligation légale pour le médecin de s'engager dans l'acharnement thérapeutique. Si la qualité de la vie est une valeur dont la loi doit tenir compte, cette valeur doit aussi être respectée lorsque l'on a affaire à un incapable.

Tels sont, encore une fois brièvement résumés, les grands principes que la Commission a identifiés dans le projet de loi qu'elle présentait dans son document de travail n° 28. Les mois de consultation ont révélé qu'au Canada, il existe, à l'heure actuelle, un large consensus autour de ceux-ci. Les divergences qui peuvent apparaître, et dont nous reparlerons plus loin, se manifestent davantage au niveau de leur application. Ainsi, certains estiment que le principe de l'autonomie de la personne est tellement important qu'il devrait justifier le droit d'une personne d'exiger qu'on l'aide à commettre le suicide et donc entraîner la décriminalisation complète de cet acte.

En terminant cette première partie du rapport, il convient encore une fois d'insister sur le rôle précis et véritable de la réforme législative. Pour cette question, comme pour bien d'autres, nul ne doit attendre du législateur un guide précis, complet et définitif sur la façon dont on doit se comporter, ni un «mode d'emploi» qui permettrait presque automatiquement à un médecin, par exemple, de dire s'il peut ou non interrompre un

traitement. Tout ce que le juriste, ou le professionnel de la santé, ou le patient, ou le public, est en droit d'attendre du législateur, ce sont des balises indiquant le chemin à suivre et celui qu'il est défendu d'emprunter. Les circonstances particulières à chaque espèce, l'individualité de chaque cas, doivent, au regard des règles générales, être laissées à l'appréciation des tribunaux saisis d'une poursuite pénale basée sur ces textes, lorsqu'ils estiment la conduite de l'accusé non conforme au modèle général prévu par le législateur.

PARTIE DEUX:

LA RÉFORME PROPOSÉE



Dans son document de travail, la Commission de réforme du droit posait trois questions fondamentales:

- (1) Le législateur doit-il légaliser ou du moins décriminaliser l'euthanasie active?
- (2) Le législateur doit-il décriminaliser l'aide au suicide en abrogeant l'article 224 du *Code criminel*?
- (3) Le législateur doit-il intervenir dans le cadre des articles 14, 45, 198, 199 et 229, pour préciser les limites de la légalité du refus et de la cessation du traitement médical?

D'une façon générale, la consultation qu'a tenue la Commission a révélé que la très grande majorité de nos interlocuteurs ont trouvé que ces trois questions étaient bien posées et cernaient les problèmes principaux. Il s'agit donc ici de les reprendre l'une après l'autre, en faisant état des critiques, des objections et des oppositions de nos consultants, de façon à proposer au Parlement les recommandations finales de la Commission.

## I. L'euthanasie

Le mot «euthanasie» renferme certaines ambiguïtés qu'il est difficile de dissiper complètement. Il convient donc de préciser davantage ce que nous entendons ici. Nous entendons par euthanasie, et pour les fins de ce document seulement, l'acte de mettre fin à la vie d'une personne, par compassion, lorsqu'un processus de mort est déjà en cours ou lorsque les souffrances sont devenues insupportables.

### A. L'aspect volontaire

La Commission demeure convaincue que même lorsqu'un patient demande à être tué, un tel acte ne devrait pas être légalisé. Tous les commentaires, à de très rares exceptions près, ont



endossé la position de principe prise par la Commission sur le sujet. Un pays comme le Canada ne saurait, sans renier à la fois sa tradition et ses fondements sociaux, mettre sur pied, en lui accordant le fiat de la loi, un système d'euthanasie active, même volontaire.

On argumentera sans doute que, si l'individu est maître de son propre corps, il devrait avoir le droit d'exiger de la société que quelqu'un mette fin à sa vie dans l'hypothèse où cette vie en est une de souffrances. Nous n'entendons pas reprendre ici tout ce débat dont nous avons exploré le pour et le contre en détail dans le document de travail. Légaliser l'euthanasie apparaît inacceptable à la Commission parce que sanctionnant indirectement un meurtre, parce que dangereux sur le plan de ses effets, parce que moralement et juridiquement inacceptable et enfin, parce que contraire au consensus le plus large de la population canadienne. La Commission croit qu'il existe à l'heure actuelle des réponses positives au problème posé par la souffrance des malades en phase terminale. Le développement des soins palliatifs, la recherche des méthodes de contrôle effectif de la douleur, sont des réponses beaucoup plus saines au problème, que l'euthanasie active sur demande. Admettre que l'euthanasie active puisse être légalisée directement ou indirectement est ouvrir une porte aux abus et donc indirectement mépriser la valeur de la vie humaine.

**La Commission recommande donc de ne pas légaliser ni décriminaliser, sous aucune de ses formes, l'euthanasie active volontaire et de continuer à traiter celle-ci comme un homicide coupable.**

## **B. Le meurtre par compassion**

Comme l'écrivait la Commission dans le document de travail n° 28, trois choix sont possibles en matière d'homicide, lorsque le motif principal qui anime son auteur est la compassion envers une personne qui souffre: le statu quo, la création d'une catégorie spéciale d'homicide, l'insertion d'une disposition particulière visant à atténuer les rigueurs de la sentence.

La Commission a reçu sur ce sujet de très nombreux commentaires. Aucun n'est favorable à une décriminalisation complète de l'acte. Les réponses favorisant l'une ou l'autre de ces



trois solutions sont en nombre à peu près équivalent, même si les raisons invoquées sont de nature fort diverse.

Les partisans de la première et de la troisième option s'entendent sur une chose: la création d'une infraction spécifique doit être résolument écartée. Les motifs invoqués au soutien de cette opinion varient. Certains argumentent que faire du meurtre par compassion une infraction spécifique est ouvrir la porte à de nombreux abus, puisque tenir compte de la motivation au niveau des éléments de l'infraction est entrer dans un problème de preuve extrêmement complexe. Le problème est en effet de déterminer avec précision la «pureté» des intentions du délinquant. Cette recherche est, de l'avis de certains, au mieux futile et au pire complètement illusoire. La Commission ne partage pas nécessairement cette opinion. Elle croit, et d'ailleurs le droit criminel actuel le démontre, qu'il est possible, même si la chose peut être difficile, de prouver judiciairement avec certitude le motif qui animait un accusé.

Créer une infraction particulière pour le meurtre par compassion est une solution techniquement compatible avec le droit actuel. Une toute autre question cependant est de savoir si la chose est opportune, eu égard à notre tradition. Comme le note l'un de nos correspondants, faire du meurtre par compassion une autre forme d'homicide n'est pas vraiment une solution puisque, sur le plan pratique, un nouveau texte risque de créer des difficultés certaines d'application. Comment, en effet, distinguer sur le plan des faits le meurtre ordinaire du meurtre par compassion au niveau des éléments constitutifs de l'infraction, si la seule véritable différence entre les deux se situe non dans l'intention de tuer, mais dans la preuve du motif? Un groupe de juristes consultés a suggéré, pour régler le problème, d'en faire une infraction moindre, incluse dans celle d'homicide coupable.

Beaucoup de nos correspondants, surtout parmi ceux qui ne sont pas juristes, se sont au contraire farouchement opposés à tout changement. Un changement, soit au niveau de la définition de l'infraction, soit à celui de la sentence serait, ont-ils argumenté, accepter une dévaluation de la vie humaine. Le motif qui est cependant revenu le plus souvent est celui des dangers qu'un affaiblissement de ligne législative pourrait entraîner. Les tenants de cette première option sont d'avis que c'est ouvrir grande la porte aux abus de toute sorte.

Comme elle l'exprimait dans le document de travail, la Commission estime que la recherche d'une solution juste et équitable en la matière n'est pas facile. Tous les arguments invoqués au soutien de l'une ou l'autre des options se défendent et finalement la solution, du moins au niveau individuel, se ramène à une question d'opinion personnelle. Le choix doit cependant se faire au niveau de la politique législative d'ensemble du droit criminel.

Tout bien considéré, la Commission se range à l'avis de ceux qui estiment que le droit sur ce point ne doit pas être modifié et que le meurtre par compassion ne devrait pas être prévu dans une infraction distincte ou incluse, ni entraîner de droit une réduction législative de la sentence. On ne doit pas oublier, en effet, que notre système de droit comporte des mécanismes de régulation interne qui contrebalancent l'apparente sévérité d'une telle règle. Il est possible, tout d'abord, dans certaines hypothèses, que l'accusé enregistre un plaidoyer de culpabilité à une infraction moindre. Il nous semble ensuite que l'on doive faire confiance au système de procès que nous connaissons et notamment aux évaluations et verdicts des jurés. Enfin, il n'est pas sûr que les autorités, dans des cas vraiment exceptionnels, décident de porter des accusations.

**La Commission recommande donc de ne pas faire du meurtre par compassion une infraction distincte de celle de l'homicide d'une part, et d'autre part de ne pas formellement reconnaître pour ce type d'homicide des modalités de sentence différentes de celles prévues pour le meurtre.**

## II. L'aide au suicide

La première chose qu'il importe de signaler ici est que l'un de nos correspondants a porté à notre connaissance une poursuite qui a déjà été prise en vertu de l'article 224 du *Code criminel* contre un Inuit, il y a une vingtaine d'années, dans le Grand Nord canadien. L'accusé avait aidé l'un de ses parents âgés à charger une carabine, avec laquelle ce dernier s'était finalement suicidé.

L'accusé, trouvé coupable, bénéficia cependant d'un sursis de sentence.

Les recommandations provisoires de la Commission étaient à l'effet que le législateur se devait de conserver l'infraction d'aide au suicide, même si elle était rarement appliquée en pratique. Pour renforcer encore davantage cependant le système de réserve actuelle et mettre l'accent sur le caractère exceptionnel que devraient avoir les poursuites de ce genre, la Commission recommandait que celles-ci ne puissent être prises qu'avec l'autorisation expresse du procureur général.

Cette recommandation a suscité un vif débat parmi les personnes que nous avons consultées ou qui nous ont fait parvenir leur réaction et leurs observations. À deux exceptions près, tous nos correspondants se sont dits d'accord pour maintenir dans le *Code* l'infraction d'aide au suicide. Si, écrit l'un d'entre eux, il est possible de sympathiser avec celui qui aide un proche ou un ami en phase terminale à mettre fin à ses jours, cette sympathie ne doit pas nécessairement se transformer en approbation de la légalité de l'acte. De plus, il existe d'autres cas moins sympathiques où l'aide au suicide est apportée pour des motifs beaucoup moins nobles et qui méritent la sanction de la loi.

**La Commission endosse cette façon de voir et ne recommande pas la décriminalisation de l'aide au suicide.**

Qu'en est-il cependant de la suggestion à l'effet d'assortir la poursuite de l'autorisation écrite du procureur général? Contrairement à ce que la Commission prévoyait au moment de la rédaction du document de travail, cette suggestion s'est heurtée à une vive opposition. Les raisons principales invoquées au soutien de celle-ci ont d'ailleurs amené la Commission à réviser sa position et à retrancher la suggestion qu'elle avait alors faite.

La première objection qui a été exprimée avec force par l'un de nos correspondants juristes est qu'en la matière, il est préférable de laisser le droit suivre son cours selon la règle ordinaire. La décision de poursuivre ou de ne pas poursuivre prise par le procureur général pourrait parfois être interprétée, à tort, comme ayant une certaine connotation politique. Dans une question aussi fondamentale de vie et de mort, n'est-il pas inopportun de faire dépendre la tenue d'un débat judiciaire aussi

délicat d'une décision qui pourrait être interprétée de cette façon? Un autre de nos correspondants nous a proposé de soumettre la décision de poursuivre non pas au procureur général lui-même, mais à son représentant régional. Tout en admettant que cette suggestion permettrait de pallier en grande partie l'objection que nous discutons, il nous paraît cependant qu'elle ne permet pas de dissiper complètement l'ambiguïté ainsi créée.

La seconde objection, qui paraît aussi très sérieuse à la Commission, est que si la poursuite dépend désormais de l'autorisation du procureur général, il y a tout lieu de craindre certaines disparités dans l'application de la règle entre les provinces. Là encore, cette disparité, de l'avis de nos correspondants qui se sont exprimés sur la question, peut donner l'impression que sur une question aussi fondamentale et mettant en jeu des principes de base aussi importants, le droit varie de province en province et donc que la vie n'a pas la même valeur d'un bout à l'autre du Canada.

Enfin, sur le plan pratique, la Commission considère, étant donné l'absence pratiquement totale de poursuites, que le fait d'exiger cette condition supplémentaire pourrait équivaloir tout simplement à abroger dans les faits l'incrimination. Or, de l'avis de la Commission, pour les raisons exprimées dans les lignes qui précèdent et dans le document de travail, l'incrimination doit subsister.

**La Commission recommande donc de maintenir le texte actuel de l'article 224 du *Code criminel*.**

### III. L'interruption de traitement et la renonciation au traitement

La Commission, tout d'abord, a constaté que la proposition qu'elle a faite une première fois dans son document de travail n° 26, et qu'elle a renouvelée dans son document de travail n° 28, rencontre l'approbation unanime. Toute personne capable doit avoir le droit de refuser un traitement quel qu'il soit et d'exiger



qu'un traitement entrepris soit interrompu de façon temporaire ou définitive. En d'autres termes, un traitement ne doit jamais être imposé à une personne capable contre son gré. Il est entendu cependant que le devoir du médecin dans un tel cas est de bien informer le patient des choix qui lui sont ouverts et des conséquences de ces choix. Le consentement donné au traitement ou à son interruption se doit de suivre les prescriptions tracées par la jurisprudence, notamment être libre et éclairé. Si cette exigence est satisfaite, les raisons personnelles qui poussent l'individu à accepter ou à rejeter telle ou telle intervention ne doivent pas être remises en question par la loi et la liberté individuelle de choix doit être respectée par tous.

Certains souhaitent que ce principe soit reconnu de façon formelle et expresse par le législateur dans le *Code criminel* lui-même. La chose est évidemment possible et la formulation de la règle, facile. Le premier paragraphe du texte législatif proposé le fait. Sur le plan pratique toutefois, et dans le cadre du *Code criminel* actuel, il n'a pas été jugé opportun de formuler en plus un texte spécifique d'incrimination. Le traitement forcé ou la continuation d'un traitement déjà entrepris contre la volonté du patient constitue en effet des voies de fait, infraction déjà prévue et sanctionnée par les dispositions appropriées du *Code criminel*. De plus, sur le plan du droit civil, l'acte est une faute pouvant donner naissance à des recours civils.

Notre seconde recommandation touchant les soins palliatifs a aussi reçu l'approbation unanime. Certains nous ont même dit qu'elle constituait la recommandation la plus importante de l'ensemble du document. On nous a fait remarquer, avec justesse, que les soins palliatifs peuvent parfois être très agressifs et qu'il importe donc là aussi de s'assurer du consentement du patient ou de ceux qui sont responsables pour lui des décisions le concernant. Les soins palliatifs, en effet, restent soumis à toutes les règles du traitement médical sur le plan de leur caractère raisonnable et du consentement.

Certains de nos correspondants nous ont fait remarquer que le libellé du texte portant sur les soins palliatifs, figurant à la page 81 du document de travail n° 28, pouvait prêter à ambiguïté. La Commission est tout à fait d'accord avec cette observation. En effet, les dispositions actuelles du *Code criminel* ne devraient pas empêcher un médecin, lorsque la chose est nécessaire,

d'entreprendre ou d'interrompre des soins palliatifs uniquement parce que ce fait peut avoir un effet sur l'expectative de vie du patient. La nouvelle rédaction de l'article 199.2 qui est proposée tient manifestement compte de cette suggestion.

**La Commission recommande donc qu'il soit précisé dans le *Code criminel* qu'un médecin ne puisse pas être tenu criminellement responsable du seul fait qu'il entreprenne ou qu'il continue l'administration de soins palliatifs pour éliminer ou supprimer les souffrances d'une personne, pour la seule raison que ceux-ci peuvent avoir une influence sur l'expectative de vie de cette dernière.**

Enfin, il est clair, si toutefois l'opinion des nombreuses personnes que nous avons consultées est représentative de celle de l'ensemble des citoyens canadiens en général, que l'on souhaite lever l'ambiguïté involontairement créée par la rédaction actuelle du texte de l'article 199 qui, dans son interprétation littérale, paraît imposer une obligation absolue au médecin de continuer à traiter dès qu'il a entrepris de le faire, même si le traitement est devenu inutile ou déraisonnable. Sur cette question aussi, les textes proposés par la Commission ont reçu, sous réserve de certaines observations de forme, l'appui et le soutien de nos consultants.

**La Commission recommande donc une modification législative au *Code criminel* de façon à lever l'ambiguïté créée par certains des textes actuels et plus particulièrement par l'article 199.**

Les discussions les plus longues et les plus complexes se sont centrées autour des problèmes posés par la non-initiation ou l'interruption de traitement chez les personnes qui, par défaut d'âge, par inconscience, ou par suite d'un handicap mental quelconque, sont incapables de donner un consentement valable. La récente affaire *Dawson* en Colombie-Britannique a d'ailleurs contribué à alimenter le débat et a sûrement fait prendre davantage conscience au public de la complexité des enjeux. Il convient donc ici de reprendre de façon systématique les principes généraux qui doivent présider aux esquisses de solution de ce problème fort complexe.

En premier lieu, la Commission, après consultation auprès des divers organismes qui s'occupent des personnes souffrant d'un handicap mental, est convaincue de la justesse de l'affirmation

préliminaire qu'elle faisait dans son document de travail. La loi se doit d'éviter tout effet discriminatoire, même involontaire, à l'égard de ces personnes. L'incapacité de consentir d'un individu ne doit pas servir de base pour lui nier les droits reconnus aux personnes capables. Dans le contexte de notre discussion, ce n'est donc pas parce qu'une personne souffre d'incapacité que le médecin doit obligatoirement être forcé de continuer un traitement thérapeutiquement inutile ou d'entreprendre celui-ci lorsque le seul effet est de prolonger inutilement l'agonie. La personne incapable, comme toute autre personne, a le droit de mourir dans la dignité et entourée des soins palliatifs nécessaires. Le droit doit par conséquent écarter ou du moins réduire toute différence entre la personne capable et la personne incapable. La cessation ou la non-initiation d'un traitement médical inutile ou inapproprié ne doit pas être sanctionnée par la loi criminelle, ni dans un cas, ni dans l'autre. L'acharnement thérapeutique qui n'est pas la règle dans le cas du patient capable ne doit pas le devenir dans le cas de l'incapable.

En second lieu, pour ce qui est des nouveau-nés, la Commission réitère aussi la position qu'elle a adoptée dans son document de travail. La décision de traiter ou de ne pas traiter doit être prise en fonction de l'intérêt de celui-ci et des données médicales pertinentes à chaque espèce et non pour des motifs d'eugénisme. Encore une fois, pour reprendre l'exemple qu'elle donnait, il semble à la Commission du devoir le plus strict du médecin de procéder à la chirurgie corrective de l'atrésie du tube digestif chez un nouveau-né trisomique, si les risques de l'opération sont acceptables et si, mis à part l'existence de la trisomie 21, celui-ci ne présente pas d'autres affections incurables. La décision doit donc être fonction du caractère curable ou non de l'affection et de la qualité de vie de la personne, de la même façon et selon les mêmes règles que pour le patient adulte. L'enfant, en raison des malformations qu'il a, est-il, dans l'état actuel de la science médicale, déjà engagé dans le processus de mortalité, qu'il doit alors être traité de la même façon que l'on traiterait un adulte conscient ou inconscient en phase terminale. L'enfant peut-il, au contraire, bénéficier d'un traitement qui pourrait lui offrir l'espoir raisonnable d'une qualité de vie acceptable, qu'il doit alors être traité. La Commission est parfaitement consciente de l'ambiguïté qui entoure la notion de «qualité de vie acceptable». Elle constate simplement que, pour le patient adulte, la résolution de ce dilemme paraît présenter en pratique médicale moins de difficultés. Elle

admet aussi qu'il y a là essentiellement une question de fait, dépendant donc de chaque cas individuel et échappant à toute généralisation, et une question de sagesse du jugement médical fondé sur l'expérience scientifique, mais aussi sur la consultation avec le conjoint, la famille et les proches. La loi criminelle n'est cependant pas là pour dire au médecin comment il doit agir dans tous et chacun des cas d'espèce. Elle est là simplement pour sanctionner les abus. C'est donc à la jurisprudence, dans chaque cas particulier, qu'il appartiendra de déterminer si la décision prise était raisonnable et acceptable dans les circonstances particulières. Une décision qui ne ferait que prolonger l'agonie ne serait pas, de l'avis de la Commission, une décision raisonnable, non plus que celle qui obligerait la personne, qu'elle soit nouveau-née ou adulte, à subir une série d'opérations ou de traitements exceptionnels, entraînant de grandes souffrances, pour aboutir, en fin de compte, à une qualité de vie médicalement non acceptable. Par contre, la seule présence d'un handicap physique ou mental même sérieux chez un nouveau-né ne doit pas être un prétexte à un refus de traitement basé au fond sur un critère eugénique.

En troisième lieu, il convient d'aborder le problème du consentement substitué pour les personnes incapables d'exprimer leur volonté. Le problème est difficile, et la Commission est particulièrement reconnaissante à ceux de ses correspondants qui l'ont éclairée soit au niveau des principes, soit en lui soumettant pour étude certains cas types.

La Commission soulignait dans son document de travail que trois systèmes étaient possibles en matière de consentement au traitement ou à l'interruption de traitement d'une personne incapable de prendre cette décision elle-même et annonçait qu'elle prendrait une position définitive sur la question dans son rapport au Parlement. Le premier système est celui que l'on peut désigner sous le vocable de «modèle judiciaire». La décision dans ce cas serait prise soit par un juge professionnel, soit par un organisme quasi judiciaire comme un comité hospitalier. La très grande majorité de nos correspondants se sont prononcés contre l'institutionnalisation d'un tel système, le jugeant lourd, complexe et surtout inapte à répondre au type de décision qui doit être prise. Le modèle décisionnel idéal dans un tel cas est en effet un modèle qui cherche à dégager un consensus parmi un certain nombre de personnes (le médecin, les professionnels de la santé, la famille, les proches...), et non un modèle de confrontation de type



contradictoire. Le rejet d'un tel système ne signifie pas cependant l'élimination de tout recours aux tribunaux, bien au contraire. Si quelqu'un s'oppose ou conteste la décision de traiter ou de ne pas traiter un incapable, il doit toujours être possible, de façon à assurer la meilleure protection possible à celui-ci, de s'adresser à un tribunal pour trancher le conflit. Tout ce que la Commission veut dire est que, sur le seul plan du droit criminel, il ne lui apparaît pas utile que pour toute décision de traitement d'un incapable, un ordre *formel* et *préalable* d'un tribunal ou d'un organisme quasi judiciaire soit donné. Elle n'entend toutefois aucunement enlever aux tribunaux leur pouvoir de contrôle sur ce type de décision lorsque le besoin s'en fait sentir.

La seconde solution possible est de laisser les proches (parents, curateur, tuteur, gardien, etc.) qui représentent l'incapable prendre seuls la décision pour lui. Cette solution retient, à l'heure actuelle au Canada, l'agrément de plusieurs personnes et organismes. La Commission voyait cependant deux dangers à la généralisation d'une telle solution. Le premier était la culpabilisation et le fardeau psychologique extrêmement lourd que l'on fait alors supporter à des personnes qui ne sont peut-être pas toujours prêtes à y faire face. Le second était la possibilité de voir surgir consciemment ou inconsciemment des conflits d'intérêts dont l'incapable, en fin de compte, risquerait de faire les frais.

C'est pourquoi la Commission recommandait finalement que la décision soit une décision principalement d'ordre médical en estimant qu'il n'y a pas en la matière de solution idéale et que cette option reste, tout bien considéré, la moins mauvaise de toutes. Il faut remarquer cependant que le rejet de la seconde solution au niveau de la politique législative de base ne signifie naturellement pas l'exclusion complète de ces personnes dans la prise de décision. Bien au contraire, même si le médecin devait rester l'ultime responsable, aux yeux de la loi, de la décision, celle-ci doit nécessairement être prise après discussion, explication et consultation de l'entourage du patient. Cette option, que maintient d'ailleurs la Commission dans ses recommandations finales, mérite cependant d'être expliquée.

La Commission, tout d'abord, ne se prononce pas et en fait n'a pas le pouvoir de se prononcer sur l'ensemble de la question. Beaucoup d'aspects du traitement médical des incapables relèvent en effet en partie ou en exclusivité de la législation provinciale.

Chaque province connaît des dispositions particulières touchant les droits des enfants, la protection qui doit leur être accordée, la réglementation du pouvoir des parents, des tuteurs et des curateurs. Il est donc évident que la Commission de réforme du droit ne peut se prononcer sur le fond des dispositions de droit provincial. La seule et unique question que la Commission doit donc se poser est la suivante: quand une personne peut-elle être tenue criminellement responsable d'avoir interrompu ou de ne pas avoir initié un traitement médical chez un incapable? La réponse que la Commission croit devoir donner à cette question est la suivante: la responsabilité ne doit pas être engagée si cette interruption ou cette non-initiation est basée sur une décision médicale valable, c'est-à-dire raisonnable dans les circonstances, prise dans le meilleur intérêt de l'incapable et conforme aux autres formes du droit criminel.

L'exigence que formule la Commission est donc une exigence minimale, nécessaire pour fixer un standard acceptable de responsabilité pénale. Cette exigence n'est toutefois que minimale. Elle n'empêche donc nullement, bien au contraire, l'adoption de formules plus sophistiquées, aptes à accorder à l'incapable une protection accrue. Certaines peuvent être données à titre d'exemples. La décision doit être formellement prise par le médecin sur la base de son expertise médicale, mais elle peut et devrait l'être après consultation avec le tuteur, le curateur, le conseil de famille, la famille, le conjoint, les proches. Elle peut aussi être prise après qu'une seconde consultation médicale indépendante ait été demandée. Elle peut résulter de la décision d'un comité hospitalier interdisciplinaire. Tout ce que la loi criminelle doit chercher à vérifier ici, c'est si le médecin a pris une décision raisonnable eu égard à son expertise, aux données médicales et aux circonstances. La façon dont il parvient à celle-ci, les conseils dont il peut s'entourer, la participation d'autres personnes à la prise de décision, ne sont pas du ressort des textes de responsabilité criminelle qui ne peuvent, encore une fois, qu'édicter un standard général de conduite.

Rien ne doit empêcher non plus, comme ce fut le cas dans l'affaire *Dawson*, de recourir à un tribunal, de façon préventive, pour faire vérifier la pertinence et la légalité d'une décision médicale, surtout lorsqu'il y a manifestement conflit d'opinion entre les intéressés sur ce que devrait être la décision finale.

Par contre, comme c'est le médecin qui porte sur ses épaules le poids fort lourd d'une éventuelle responsabilité pénale, il n'est que justice de tenter de clarifier pour lui les dispositions fort ambiguës du *Code criminel* actuel. C'est ce que les textes proposés visent à faire.

**La Commission recommande donc que le médecin n'encoure pas de responsabilité criminelle s'il décide d'interrompre ou de ne pas entreprendre un traitement chez un incapable, lorsque le traitement n'est plus thérapeutiquement utile et n'est pas dans le meilleur intérêt de la personne.**



PARTIE TROIS:

SOMMAIRE

DES RECOMMANDATIONS

ET

NOTES EXPLICATIVES



## I. L'euthanasie

La Commission n'est pas en faveur de la légalisation de l'euthanasie sous aucune de ses formes. C'est là l'opinion exprimée dans les deux recommandations suivantes, qui ont toutes les deux fait l'objet d'une discussion dans le présent rapport.

**La Commission recommande de ne pas légaliser ni décriminaliser, sous aucune de ses formes, l'euthanasie active volontaire et de continuer à traiter celle-ci comme un homicide coupable.**

**La Commission recommande de ne pas faire du meurtre par compassion une infraction distincte de celle de l'homicide d'une part, et d'autre part de ne pas formellement reconnaître pour ce type d'homicide des modalités de sentence différentes de celles prévues pour le meurtre.**

## II. L'aide au suicide

La Commission n'est pas en faveur de la décriminalisation de l'infraction qui consiste à aider ou à conseiller le suicide. Dans le document de travail n° 28, elle avait provisoirement fait la recommandation suivante: «Nul ne peut être poursuivi pour une infraction prévue au présent article sans l'autorisation du procureur général lui-même, donnée par écrit». Pour les raisons mentionnées dans les pages qui précèdent, la Commission a toutefois décidé d'omettre cette recommandation. La recommandation suivante exprime la position finale de la Commission en matière d'aide au suicide.

**La Commission recommande de ne pas décriminaliser l'aide au suicide et de maintenir le texte actuel de l'article 224 du *Code criminel*.**



### III. L'interruption de traitement et la renonciation au traitement

**La Commission recommande que les modifications suivantes soient apportées au *Code criminel*:**

**199.1\* Rien dans les articles 14, 45, 198, 199 et 229 ne doit être interprété comme créant une obligation pour un médecin**

**a) de continuer à administrer ou d'entreprendre un traitement médical, lorsque la personne à laquelle ce traitement s'adresse a exprimé sa volonté du contraire;**

**b) de continuer à administrer ou d'entreprendre un traitement médical, lorsque ce traitement est devenu thérapeutiquement inutile dans les circonstances et n'est pas dans le meilleur intérêt de la personne à laquelle il s'adresse.**

Ce texte est dans l'ensemble comparable à celui que la Commission avait suggéré dans le document de travail n° 28. Les quelques modifications qui y ont été apportées méritent un bref commentaire.

Sur le plan de la forme tout d'abord et en premier lieu, une mention de l'article 229 a été ajoutée suite à la suggestion d'un groupe d'avocats. L'article 229 du *Code criminel* crée une infraction d'administrer à quelqu'un un poison ou une «substance délétère». Même s'il est douteux que ce texte trouverait son application en matière médicale, il a été jugé plus prudent de l'ajouter.

\* La rédaction de ce texte a été faite dans la perspective du *Code criminel* actuel. En cas de réforme globale de celui-ci, le texte pourrait se lire de façon identique en remplaçant simplement le début de celui-ci par les termes suivants: «Rien dans le présent *Code*, ne doit être interprété....»



En second lieu, on remarquera la disparition de l'adverbe «clairement» dans les deux alinéas du texte proposé. Les représentants du barreau d'une des provinces nous ont en effet convaincu que cet adverbe n'ajoutait rien et risquait même de susciter, le cas échéant, des difficultés d'interprétation. Nous l'avons par conséquent omis dans la version définitive.

En troisième lieu, beaucoup de nos correspondants ont critiqué l'utilisation de l'expression «traitement médicalement inutile», comme ayant un caractère nettement péjoratif et véhiculant l'idée que la médecine puisse avoir comme règle de conduite l'acharnement thérapeutique.

Un traitement médical utile peut devenir par la suite inutile sur le plan thérapeutique. C'est pour mieux exprimer l'idée de ce continuum dans le traitement d'une part, et d'autre part pour souligner l'idée qu'à un moment précis ce même traitement peut être devenu inapte à guérir ou à soulager le patient, que nous avons décidé de changer le texte et d'y substituer l'expression «traitement ... devenu thérapeutiquement inutile dans les circonstances»; le mot «thérapeutiquement» est employé ici dans son sens courant. Il y a thérapie lorsque l'intervention permet de guérir ou de soulager le patient.

Dans ce même membre de phrase, nous avons également ajouté comme condition supplémentaire que l'interruption de traitement n'aille pas à l'encontre du «meilleur intérêt de la personne». Pour prendre une illustration, il peut être du meilleur intérêt d'un mourant, pour lequel le traitement ne peut plus rien, de continuer à recevoir celui-ci pour lui permettre, par exemple, de revoir une dernière fois un être cher, de préparer un testament, ou de mettre certaines de ses affaires en ordre.

En quatrième lieu, nous avons cru bon, à la suite d'une remarque qui nous a été faite, de supprimer dans le second alinéa la phrase «...à moins que cette personne n'ait exprimé sa volonté du contraire». Cette phrase, en effet, aurait pu être mal interprétée comme signifiant qu'un médecin qui refuserait de consentir à la demande expresse du patient de lui appliquer un traitement médicalement contre-indiqué dans les circonstances, pourrait de ce seul refus être tenu criminellement responsable.

Sur le fond, ce texte consacre donc les recommandations principales de la Commission. Les différents textes énumérés dans

l'article proposé, à des degrés divers et pour des raisons variées, peuvent soulever des difficultés d'interprétation quant à l'obligation du médecin de traiter ou de ne pas traiter. Le texte proposé, sans changer le droit actuel, vise à clarifier cette obligation.

Le premier alinéa contient tout simplement l'expression de la règle de droit actuel. Le patient est maître des décisions le concernant. S'il a exprimé sa volonté d'interrompre un traitement déjà entrepris ou de ne pas se soumettre à ce traitement, sa volonté est souveraine. Le médecin doit donc la respecter. L'expression de cette volonté est une question de fait. Le patient peut l'exprimer verbalement ou par écrit, par exemple par le biais d'un «testament de vie», lequel sans avoir véritablement force et effet juridiques, peut servir d'expression de sa volonté. La sanction que le médecin pourrait se voir imposer, s'il passait outre, est déjà contenue dans divers textes du *Code criminel*. Il pourrait, en tout cas, être accusé de voies de fait.

Le second alinéa énonce le principe que le médecin ne pourra être poursuivi en vertu des dispositions du *Code criminel* s'il cesse d'administrer un traitement ou décide de ne pas entreprendre l'administration d'un traitement qui, dans les circonstances de l'espèce, est thérapeutiquement inutile et n'est pas dans l'intérêt de la personne. Ainsi en serait-il, par exemple, de la continuation de la ventilation artificielle chez un patient qui a déjà subi un arrêt irréversible de ses fonctions cérébrales.

Ainsi en serait-il également du médecin qui, pour éviter de prolonger l'agonie d'un de ses patients en phase terminale, décide d'interrompre l'administration d'antibiotiques destinés à soigner la pneumonie dont ce patient est atteint.

Ainsi en serait-il également du chirurgien qui décide de ne pas opérer un nouveau-né pour une malformation parce que celui-ci, même si l'opération réussissait, ne pourrait survivre aux autres malformations dont il est affligé.

Comme on le notera, ce texte ne fait aucune différence entre la personne capable de consentir et l'incapable, pour les raisons que la Commission a exposées. De plus, le texte ne dit pas comment le médecin doit prendre sa décision et qui il peut ou devrait alors consulter. Pour se conformer à la norme du droit criminel en effet, peu importe la façon dont il atteint sa décision,

du moment qu'il peut démontrer qu'elle était thérapeutiquement appropriée dans les circonstances, prise dans le meilleur intérêt de la personne et non contre sa volonté.

**199.2\* Rien dans les articles 14, 45, 198, 199 et 229 ne doit être interprété comme empêchant un médecin d'entreprendre ou l'obligeant à interrompre l'administration de soins palliatifs et de mesures destinées à éliminer ou à atténuer les souffrances d'une personne pour la seule raison que ces soins ou ces mesures sont susceptibles de raccourcir l'expectative de vie de cette personne.**

Ce texte, comme il a été expliqué plus haut, vise à lever un doute en matière d'administration des soins palliatifs.

La Commission, à la suggestion extrêmement pertinente d'une organisation médicale d'une des provinces, a modifié légèrement le texte proposé dans le document de travail, en ajoutant que les textes cités ne devaient pas être interprétés comme obligeant un médecin à interrompre les soins palliatifs déjà commencés.

Le texte exprime simplement l'idée que le devoir du médecin lorsqu'il ne peut plus rien pour son patient, est de lui fournir les soins palliatifs appropriés. S'il le fait, l'usage de drogues, de médicaments ou de traitements anti-douleur est légal et légitime même si l'administration de ceux-ci peut avoir pour effet de raccourcir l'expectative de vie du patient.

\* La même remarque sur le plan de la rédaction du texte que celle faite à propos de l'article 199.1 s'applique ici.

20

**euthanasia,  
aiding suicide  
and cessation  
of treatment**

REPORT

